

Idées et débats

Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques

Implication of emergency departments in the regulation of public hospitalizations

A. Bellou ^{a,*}, J.-D. de Korwin ^b, J. Bouget ^c, F. Carpentier ^d, V. Ledoray ^f, J. Kopferschmitt ^e,
H. Lambert ^a, la Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence

^a Service d'accueil des urgences, hôpital Central, CHU Nancy, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54035 Nancy cedex, France

^b Service de médecine H, hôpital Central, CHU Nancy, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54035 Nancy cedex, France

^c Service d'accueil des urgences, CHU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^d Service d'accueil des urgences, hôpital Pontchaillou, rue Henri-Le-Guilloux, CHU de Rennes, 35033 Rennes cedex 9, France

^e Service d'accueil des urgences, département informatique médicale, hôpital la Conception, 147, boulevard Baille, 13385 Marseille cedex 05, France

^f Société francophone de médecine d'urgences, urgences médicales, pavillon Pasteur, CHU de Strasbourg, BP 426, 67091 Strasbourg cedex, France

Reçu le 31 janvier 2003 ; accepté le 15 mai 2003

Résumé

Propos. – Le service d'urgences devient le mode d'accès privilégié aux soins hospitaliers. Depuis ces dernières années, les difficultés d'hospitalisation, surtout celles des sujets âgés, à partir des services d'urgences n'ont cessé de croître.

Actualités et points forts. – Les urgences constituent une source de recrutement importante pour les services hospitaliers, 4 patients sur 10 entrent à l'hôpital par le service d'urgences. Les difficultés d'hospitalisation à partir du service d'urgences sont surtout importantes pour les patients âgés. Il existe actuellement 2 filières de prise en charge, l'hospitalisation programmée et l'hospitalisation non programmée. La création d'unités d'hospitalisation de très courte durée spécifique aux services d'urgences a permis de répondre à certaines de ces difficultés. Mais ces unités sont limitées par le nombre réduit de lits et une durée de séjour inférieure à 36 heures. Certains hôpitaux ont développé des unités de court séjour d'urgence polyvalentes pour accueillir des patients admis au service d'urgence ne justifiant pas d'une prise en charge spécialisée.

Perspectives et projets. – Ce constat doit conduire à mieux réguler les hospitalisations en intégrant les services d'urgences à des réseaux de soins prenant en charge les différentes filières. Une filière d'aval adaptée à l'hospitalisation des urgences pourrait être organisée. Elle serait constituée du service d'urgence, de l'unité d'hospitalisation de très courte durée et de l'unité d'hospitalisation de court séjour d'urgence en interface avec les services de médecine interne, de médecine polyvalente, de gériatrie et de spécialités au sein d'un réseau ville-hôpital.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Purpose. – Emergency departments become a useful way to access to hospital care. Since these last years difficulties of hospitalization, mainly of the elderly, after visit to the emergency department, are on the increase.

Current knowledge and key points. – Emergency departments are an important mode of recruitment for hospital units, 4 patients to 10 are hospitalized from emergency departments. The difficulties of hospitalization starting at the emergency department are more important for the elderly. Actually, there are 2 type of hospital care, planed and non planed care. The development of observation units specific to the emergency departments allowed to resolve some of these difficulties. But they are limited by their small number of beds and the duration of hospitalization below to 36 h. Some hospitals developed polyvalent emergency short stay unit to hospitalize patients who visited emergency department without necessity to give them a specialized care.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : abdel.bellou@voila.fr (A. Bellou).

Future prospects and projects. – This situation must allow us to purpose a better regulation of hospitalizations which includes emergency departments in a network system including the different hospital ways of taking care. A downstream way of care adapted to the emergency hospitalizations would be developed. This could include the emergency department, the observation unit and the emergency short stay unit in interface with internal medicine and general medicine units, geriatric unit and specialized units, all of them will be included in a town-hospital care network.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Service d'urgences ; Hospitalisation ; Unité d'hospitalisation de très courte durée ; Unité de court séjour et d'urgences ; Réseau

Keywords: Emergency departments; Hospitalization; Observation unit; Emergency short stay unit; Network

1. Introduction

Le service des urgences (SU) est le service d'un hôpital où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. Cette définition ne reflète que très partiellement la réalité puisque les SU ont été développés pour répondre aux directives du Code de santé publique. L'article L.711–4 stipule que les établissements hospitaliers doivent être en mesure d'accueillir de jour et de nuit les patients quel que soit leur état de santé [1]. Cette mission s'éloigne considérablement de la définition initiale et recouvre des situations très hétérogènes. Elle a été modifiée à partir des résultats de 2 enquêtes publiées en 1990 et 1992 [2,3] : « Le service des urgences est le lieu d'accueil de tous les patients qui se présentent à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation et dont la prise en charge n'a pas été programmée ». Le SU doit s'adapter à une société qui tend à rejeter sur lui tout ce qui l'encombre et la dérange : bien souvent, en ville, lorsqu'un médecin, un(e) infirmier(e), la police, les voisins, une famille... ne peuvent résoudre un problème médical, psychologique ou social... les urgences de l'hôpital constituent alors un recours immédiat. Les décrets n° 95-647 du 9 mai 1997 ont structuré l'accueil des urgences sur le territoire, en distinguant différents types de services ayant des missions sensiblement différentes. Les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) sont les pivots de cette organisation en réseau hiérarchisé et coordonné. Ils doivent assurer la prise en charge de tous les types d'urgences y compris les patients dont le pronostic vital est engagé et nécessitant une hospitalisation en réanimation. Ils ont également une mission d'appui et de recours à l'égard des unités de proximité situées au sein du même bassin de population et des pôles spécialisés. Les établissements autorisés à faire fonctionner un SAU doivent disposer de moyens lourds : Smur, réanimation, unité de soins intensifs cardiologiques et d'hémodynamique interventionnelle, plateau technique d'imagerie, de biologie, de chirurgie et d'anesthésie fonctionnel 24 h/24 et divers spécialistes (psychiatrie, pédiatrie, etc.). Les unités de proximité, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) accueillent également tout patient qui se présente, traitent sur place ceux qui nécessitent des soins correspondant à leurs moyens humains et techniques et orientent les autres patients vers les établissements adaptés

dans le cadre de contrats de relais passés avec chacun d'entre eux, définissant au préalable les règles de coopération. Enfin, les pôles spécialisés des urgences (POSU) ne peuvent assurer qu'un type d'urgences en rapport avec leur plateau technique et leurs disciplines d'équipement. Les POSU pédiatriques sont les plus fréquents.

La médiatisation systématique des dysfonctionnements vécus par les usagers des SU est un fait social nouveau. L'implication des professionnels de l'urgence et cette médiatisation ont amené les pouvoirs publics à aider prioritairement ces services d'abord quantitativement (renforcement des personnels, restructuration) puis qualitativement en reconnaissant leur rôle dans l'organisation hospitalière. Depuis ces dernières années, les difficultés d'hospitalisation, surtout celles des sujets âgés polypathologiques, à partir des SU n'ont cessé de croître dans un climat souvent passionnel. L'hyperspécialisation de la médecine a amené progressivement les spécialistes d'organe à se désintéresser progressivement de l'urgence non programmée. Les solutions proposées restent souvent ponctuelles (ouverture de lits en hiver, « l'impôt lit » qui oblige les services d'aval à réserver un ou plusieurs lits pour les urgences) et ne permettent pas de répondre à ces difficultés chroniques. Désormais, le SU est amené à assumer d'autres missions que le traitement immédiat des blessés et des malades. Il devient le mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, il apporte une réponse à des besoins non satisfaits notamment pour la prise en charge de populations de faible niveau de ressources. Il répond également à la manifestation d'un désir accru de sécurité traduisant probablement un « nouveau mode de consommation médicale ». Le recours au système de soins devenant un service de consommation comme un autre. Ce constat doit nous amener à développer des processus organisationnels innovants intégrés dans des filières de soins fonctionnant en réseau permettant au SU de s'adapter à ces nouvelles missions. D'un point de vue général, nos réflexions doivent nous amener à organiser 2 types de filières spécifiques : une filière d'amont adaptée à la prise en charge des patients non hospitalisés ou filière ambulatoire d'urgence et une filière d'aval adaptée à l'hospitalisation des urgences ou filière d'hospitalisation d'urgence non programmée.

Cette mise au point a pour objectif de proposer une réflexion sur le développement d'un système de régulation des hospitalisations publiques à partir des SU.

2. Évolution des services d'urgences

Les SU, tel qu'on les connaît actuellement, sont nés aux États-Unis il y a une trentaine d'années. En Europe et en France, la structuration de ces services est plus tardive. C'est la circulaire ministérielle n° 60 du 29 janvier 1975 relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital qui précise l'importance des urgences et définit l'organisation du SU [4]. En 1989, le rapport du professeur Steg sur l'urgence à l'hôpital avait mis en évidence la place singulièrement importante des SU dans le système de santé français [5]. C'est à partir de ce constat qu'une réforme a été engagée avec, en particulier, la transformation des urgences en un véritable service indépendant dirigé par un chef de service et la séniorisation de la prise en charge des patients. À l'époque, 7,5 millions de personnes se présentaient aux urgences [5]. Entre 1990 et 1998, la fréquentation des SU des établissements publics hospitaliers a augmenté de 43 %, plus 4,6 % par an en moyenne pour dépasser les 10 millions de passages [6]. Cette augmentation est un phénomène observé dans tous les pays [7–9]. Ainsi, chaque année on estime que 15 % de la population est accueillie dans les SU, soit environ un habitant sur sept, il s'agit d'une activité non programmée dans 96 % des cas [7]. Ce chiffre est dans la moyenne européenne où 10 à 15 % de la population consulte ce type de structure [8]. Aux États-Unis où les médecins ne se déplacent pas à domicile, l'urgence n'est assurée que par les hôpitaux [9]. En 1995, 92 millions de patients ont été admis dans les SU américains, soit un habitant sur trois [9]. Cette différence par rapport à la France peut être expliquée en partie, par la prise en charge préhospitalière de l'urgence par le médecin traitant et les systèmes de gardes de généralistes ou de spécialistes [10]. De plus, il existe une augmentation, de plus de 1 % en moyenne par an, des visites à domicile non programmées (visites de nuit, de dimanche et de jours fériés) [6]. Ce constat est probablement le reflet d'une évolution socioculturelle vers une médicalisation de tout problème de santé ressenti comme urgent par les usagers et l'accès libre aux structures d'urgences. Une minorité de ces malades, n'excédant pas 3 à 8 % du total des patients admis aux urgences, souffrent de détresses vitales et justifieront des mesures thérapeutiques immédiates [8,11].

Le recours aux urgences hospitalières est largement spontané [12]. La population utilisant les urgences pour des soins non urgents représente près d'un tiers des consultants dans une étude française [13] et 52 % dans une étude américaine [9]. Ces 2 enquêtes ont montré que le recours pour des soins non urgents concerne surtout des sujets jeunes socialement fragiles et sans suivi médical [9,13]. Les patients consultent au SU essentiellement pour avoir un avis médical et être rassuré, le deuxième motif de recours étant les soins de traumatologie. Certains de ces motifs de recours pourraient être pris en charge en ville mais c'est l'aspect pratique que propose le SU en raison de sa disponibilité 24 h/24 et de son plateau technique [14]. La difficulté d'obtenir une consultation auprès d'un médecin de ville est un autre facteur expli-

quant le recours aux urgences [14]. Les médecins traitants ont de plus en plus de difficultés à assurer la permanence des soins et ils utilisent souvent les SU pour faire hospitaliser leur patient. Le recours au SU par l'intermédiaire d'un médecin généraliste représente 14 % de l'ensemble des passages (19 % hors traumatologie) [15]. Vingt-trois pour cent de ces patients auraient pu être pris en charge en dehors du SU permettant ainsi une réduction de 3,5 % du nombre de consultants [15].

Ces difficultés aboutissent dans certaines villes à une saturation des SU et à l'explosion du nombre de consultations externes. Les SU sont de plus en plus amenés à prendre en charge des patients dont le degré d'urgence est évalué par le malade lui-même (urgence ressentie), beaucoup plus souvent que des urgences « objectives ». L'augmentation continue du nombre de ces patients ne doit pas nous amener à les exclure des SU mais plutôt à proposer une filière de prise en charge ambulatoire d'amont en collaboration avec les médecins généralistes.

3. Activité des services d'urgences

Le nombre moyen de passages aux urgences des centres hospitaliers universitaires était en 1997 de $36\,856 \pm 12\,553$ par an, il était un peu moins élevé pour les centres hospitaliers généraux : $20\,938 \pm 8650$ [3,16]. Vingt-cinq à 40 % de ces consultants seront hospitalisés [3,16,17]. Le coût moyen d'un passage au SU est de 49,2 euros (extrêmes : 3,2 à 875,6 euros) [18]. Cela représentait en 1997 une dépense totale de 1 milliard 440 millions de francs. La même urgence prise en charge en ville aboutirait à 25 % de transferts vers l'hôpital et à un coût de l'ordre de 800 millions de francs, soit 40 % de moins [10]. Mais cette comparaison doit être nuancée en fonction du type de pathologie prise en charge. C'est l'accès au plateau technique du SU qui permet de mieux trier les patients en terme de gravité pour une pathologie donnée. Les patients admis au SU sont le plus souvent des adultes jeunes avec une prédominance masculine chez les 20–29 ans et féminine après 70 ans [19]. Il existe une augmentation de l'âge moyen des consultants liée à l'évolution démographique de la population générale. Le sujet jeune consulte essentiellement pour des soins non urgents, souvent pour des traumatismes mineurs expliquant un recours plus faible à l'hospitalisation. Soixante-dix pour cent des malades de moins de 30 ans ne sont pas hospitalisés [20]. Les patients âgés de plus de 65 ans représentent le 1/4 des consultants et la moitié [21] à 3/4 d'entre eux [22] seront hospitalisés. Le taux d'hospitalisation augmente proportionnellement avec l'âge et la majorité de ces patients est hospitalisée dans les services de médecine interne ou de médecine polyvalente.

3.1. Accueil et tri des patients

Le « tri » des patients à leur arrivée au SU est un processus qui vise à identifier, évaluer et classer en fonction de leur priorité les besoins en soins des patients. En France, ce rôle

est dévolu à l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) [23]. Une circulaire ministérielle de 1991 [24] relative à l'amélioration de l'accueil dans les SU précise son rôle. L'IAO améliore la satisfaction des patients et de leur entourage et la qualité des soins en identifiant les patients les plus instables en les orientant plus rapidement dans la filière de soins adaptée [25]. Il a été montré qu'à partir de ce tri, 5 % des patients étaient classés prioritaires, 10 % urgents et 15 % semi urgents [26]. Idéalement, ce « tri » devrait être effectué par un médecin expérimenté après un examen clinique. En effet, ce qui préside à la prise en charge d'un malade aux urgences n'est pas tant le diagnostic initial que l'impression clinique d'un pronostic vital ou fonctionnel engagé, impression qui conditionne le délai d'action diagnostique et thérapeutique [27]. La classification clinique des malades aux urgences (CCMU) couramment utilisée dans les SU permet de décrire de manière subjective la situation clinique du patient dès son arrivée (Tableau 1). Cette classification, proposée par l'Association pour la recherche aux urgences [28] attribue à chaque patient une classe selon l'évaluation de son état clinique à l'arrivée et selon la nécessité d'actes complémentaires. Elle permet également d'individualiser des groupes de patients ayant un coût et une charge en soins différents [29]. Par exemple, les patients classés CCMU 1 et 2 ne devraient normalement pas être hospitalisés. Mais cette classification est souvent réalisée a posteriori et ne permet pas de classer les patients dès leur arrivée au SU.

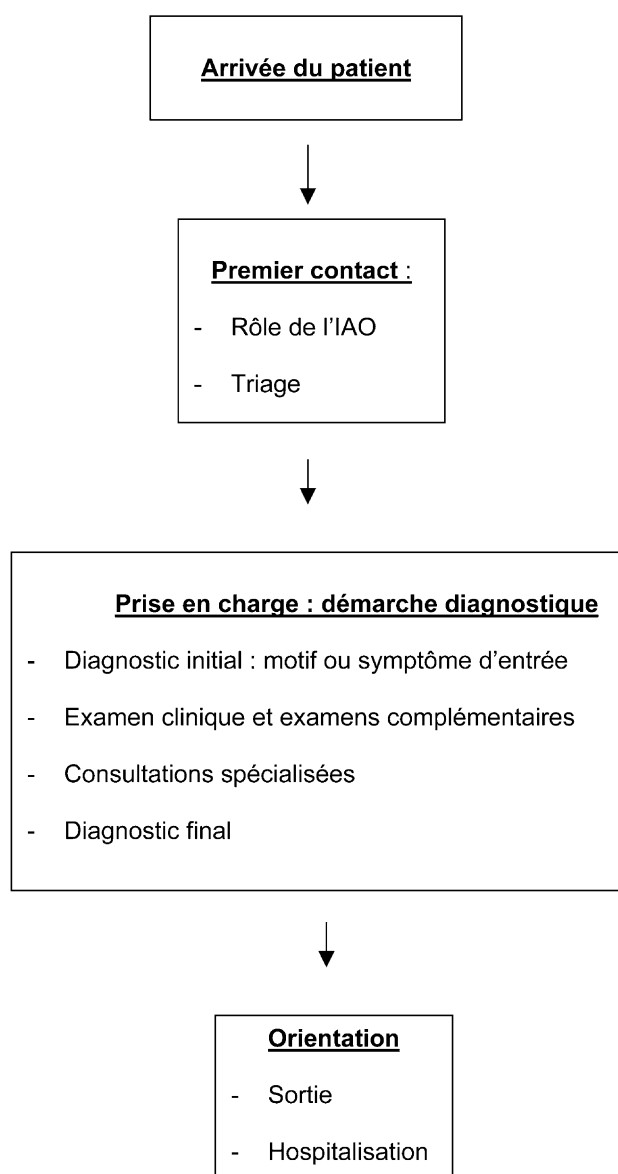
3.2. Démarche diagnostique et processus décisionnel

La mission des urgentistes est de réaliser rapidement une démarche diagnostique permettant une orientation adaptée du malade et si nécessaire d'instaurer les premières mesures thérapeutiques [8]. Ce processus de prise en charge peut être décomposé en 3 étapes [27]. La première étape ou diagnostic d'admission représente souvent le motif ou le symptôme de

Tableau 1
Classification clinique des malades aux urgences (CCMU)

Classe	Définitions
CCMU 1	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences (exemple : état grippal, traumatisme crânien bénin sans perte de connaissance)
CCMU 2	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences (exemple : pneumonie non compliquée)
CCMU 3	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences (exemple : douleur angineuse avec modification électrocardiographique)
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : œdème aigu du poumon avec défaillance respiratoire)
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : arrêt cardiorespiratoire)

recours. Il est défini par le médecin traitant ou le centre 15 avant même l'arrivée du patient ou dès l'admission au SU après interrogatoire et recueil des données cliniques. La seconde étape s'appuie sur l'examen clinique et des examens complémentaires (examens biologiques, radiologiques, consultation spécialisée, etc.) qui vont étayer la démarche diagnostique pour identifier une ou des pathologies responsables des symptômes ou, à défaut, réduire le plus possible l'incertitude diagnostique initiale. La troisième et dernière étape aboutit au diagnostic de confirmation proposé chaque fois que possible au terme du séjour dans le SU. Cette démarche diagnostique permet au moins d'écarter certaines hypothèses, souvent les plus graves [8]. À l'issue de ce processus diagnostique, le patient pourra regagner son domicile ou sera hospitalisé (Fig. 1).



IAO = infirmière d'accueil et d'orientation

Fig. 1. Processus global de prise en charge du patient au service des urgences.

Le diagnostic d'admission au SU est infirmé chez 16 % des patients qui regagneront leur domicile et chez 30 % des patients qui seront hospitalisés ou réclameront des soins continus pendant au moins une heure [30]. De même, la concordance entre le diagnostic de sortie du SU et le diagnostic de sortie du service d'hospitalisation étudiée dans 2 hôpitaux français était respectivement de 81 % (30) et 73 % [31]. Dans une autre étude française [32], la performance diagnostique du SU n'était pas supérieure à celle du médecin traitant (84 % d'adéquation pour le SAU et 91 % pour le médecin traitant). Dans cette étude, l'adéquation entre le diagnostic proposé au SU et celui de fin d'hospitalisation n'était pas influencé par le nombre d'examen complémentaires réalisés ni par le temps de passage aux urgences [32].

4. La filière d'hospitalisation à partir du service d'urgence

4.1. Modalités d'hospitalisation

Le SU constitue une source de recrutement importante pour les services hospitaliers, 4 patients sur 10 entrent à l'hôpital par le SU [33] et 67,5 % d'entre eux sont hospitalisés dans les services de spécialités médicales, 25 % en chirurgie et 1,5 % en psychiatrie [20]. Dans une étude américaine, 28 % des patients se présentant aux urgences classent leurs symptômes comme non urgents, 5 % d'entre eux nécessiteront une hospitalisation à l'issue de leur passage [34]. De même, 10 % des patients nécessiteront un traitement médical ou chirurgical dans les 8 heures suivant leur admission [35]. Ces résultats démontrent le rôle régulateur des SU permettant à 60 à 70 % des patients de quitter le service après une simple consultation ou une période d'observation de quelques heures.

Le taux d'hospitalisation constitue un indicateur de la qualité du travail réalisé au SU [27]. La distinction entre les patients devant être hospitalisés et ceux qui pourront regagner leur domicile est parfois difficile. Le SU peut présenter un défaut de spécificité correspondant à un nombre élevé d'hospitalisations non compliquées. Ces patients auraient pu bénéficier d'une réponse différente à leur problème de santé, l'hospitalisation n'étant pas la réponse la plus adéquate. Mais, il peut aussi exister un défaut de sensibilité avec pour conséquences des hospitalisations secondaires ou des décès éventuels [8]. La démarche décisionnelle au sein du SU doit viser à améliorer l'utilisation des lits d'hospitalisation en réduisant le nombre des admissions pour soins pouvant être assurés par des sites de niveau de soin (et de coût) inférieur. Le rôle du SU est d'optimiser le nombre et la qualité des hospitalisations. Il est situé à l'interface entre le patient, le médecin traitant et les services d'hospitalisation, et joue un rôle régulateur des hospitalisations.

4.2. Place de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) dans la filière d'hospitalisation

Le développement des UHTCD a permis d'apporter des solutions aux difficultés d'hospitalisation rencontrées par les

SU. Auparavant, il n'y avait que le choix entre l'hospitalisation conventionnelle ou le retour à domicile, aboutissant soit à des hospitalisations abusives surchargeant inutilement les services d'aval, soit à des renvois à domicile tout aussi abusifs en l'absence de lit pour prendre en charge le patient. En France, la circulaire n° 1007 du 29 octobre 1973 décrivait déjà la fonction d'hébergement de courte durée au SU [36]. La circulaire n° DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale précise les moyens dont doit disposer un SAU, en particulier une UHTCD pour accueillir les patients qui nécessitent une surveillance en attente d'un diagnostic ou d'un traitement et comportant 4 lits au minimum. La durée de séjour ne devant pas excéder 2 nuits consécutives [37]. L'UHTCD représente ainsi une solution pour prendre en charge des patients qui sont « trop malades pour sortir et pas assez pour être hospitalisés dans un service de spécialité ». Cette unité permet ainsi de répondre au problème de sensibilité et de spécificité concernant l'hospitalisation à partir du SU. L'UHTCD se situe entre la médecine externe et l'hospitalisation. L'intérêt pour le patient est d'obtenir des soins performants sans hospitalisation conventionnelle. Pour l'urgentiste, ce type d'unité d'hospitalisation permet une meilleure qualité de travail médical : en limitant les erreurs diagnostiques ; en instaurant des traitements dont l'efficacité sera suivie et en prenant les mesures nécessaires pour assurer la continuité des soins. Aux États-Unis, les UHTCD (ou *observation units*) se sont développées depuis les années 1970 [38,39]. Ces structures ont vu le jour essentiellement pour limiter les hospitalisations. En effet, le système de santé américain est tel que le nombre de visites au SU est très élevé : 100 millions en 1997, 5 à 10 % de ces patients sont admis en UHTCD (5 à 10 millions) [39]. Aux États-Unis, 80 % en moyenne regagnent leur domicile après ce séjour évitant ainsi 4 à 8 millions d'hospitalisations soit une économie de 6 à 12 milliards de dollars par an [39]. La mise en place des UHTCD a permis une diminution significative de la durée de séjour aux urgences [40]. En France, 30 à 50 % des patients hospitalisés à l'UHTCD n'ont pas été réorientés vers un service d'aval [41]. Ces chiffres justifient l'intérêt de ce type d'unité pour réduire le taux d'hospitalisation conventionnelle.

Une enquête française sur les UHTCD en 1997 a montré que 52,7 % des SAU disposait d'une UHTCD, située dans le service (66,4 %) comportant 9 ± 6 lits [42]. L'UHTCD recevait 5 % des admissions totales et la durée moyenne de séjour était de 25 ± 14 heures. Cette structure était utilisée pour l'attente d'un consultant, d'examen complémentaires ou d'un lit d'aval. Dans certains hôpitaux, l'UHTCD était la seule structure d'hospitalisation après 19 h pour éviter les transferts nocturnes [43]. Le personnel médical et infirmier est disponible 24 h/24 permettant un diagnostic rapide dans les cas relativement simples et la mise en œuvre immédiate de la thérapeutique nécessaire. Les mêmes malades hospitalisés dans un autre service de l'hôpital, à activité réduite à la tranche horaire 18 h–8 h auraient probablement une durée

d'hospitalisation plus longue. Les pathologies observées dans ces UHTCD étaient par ordre de fréquence décroissante : les intoxications médicamenteuses volontaires ; les pathologies liées à l'alcoolisme ; la surveillance de traumatisme crânien ; le bilan de malaise ; les douleurs thoraciques atypiques ; la traumatologie non opératoire ; la pathologie neurologique (crise convulsive, AVC) ; les pneumopathies ; les pathologies psychiatriques [42].

5. Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

5.1. Utilisation de critères de non-hospitalisation

Les progrès technologiques observés dans le domaine médicotéchnique (imagerie en particulier) et thérapeutique permettent de plus en plus une prise en charge ambulatoire d'un nombre croissant de situations médicales. Différentes études ont cherché à identifier des populations et des pathologies pour lesquelles l'hospitalisation classique en service de médecine pouvait être évitée [44–55]. Ainsi par exemple, la classification de Fine identifie 5 classes de risque concernant la pneumonie aiguë [44]. Ces classes sont établies à partir de signes pouvant être recueillis dans tout SU et permettent de mesurer un score de prédiction de risque d'évolution compliquée. Les patients de classe 1 et 2 pourront regagner leur domicile, ceux de classe 3 seront orientés en UHTCD et ceux de classe 4 et 5 seront adressés dans les services d'hospitalisation classique [44]. Dans le même ordre d'idée, concernant la pyélonéphrite aiguë, l'analyse des caractéristiques cliniques et anamnestiques au SU permet de différencier la pyélonéphrite simple, primitive, de la pyélonéphrite aiguë compliquée. La pyélonéphrite aiguë simple peut être prise en charge à domicile si la compliance au traitement est possible et si le patient peut s'inscrire dans un réseau de soin [45]. Un patient admis pour crise d'asthme pourra quitter le service si dans les 60 minutes qui suivent l'administration de la dernière dose de bêta-2 mimétique, les signes cliniques ne sont pas réapparus et si le débit expiratoire de pointe est à 60–75 % de la valeur théorique [46,47]. Dans le traitement de la thrombose veineuse proximale des membres inférieurs sans signes cliniques d'embolie pulmonaire ni d'antécédents de maladie thromboembolique, l'utilisation des héparines de bas poids moléculaire a une efficacité et des risques d'effets secondaires comparables à l'héparine non fractionnée intraveineuse et sous cutanée. Ces avantages permettent la prise en charge à domicile de cette pathologie [48,49]. L'application des recommandations d'une bonne prise en charge de la douleur thoracique permettrait d'éviter le retour à domicile de patients souffrant de coronaropathie ou d'hospitaliser à tort dans une USIC des patients ne le justifiant pas [50–52]. Le développement de recommandations de bonne pratique en médecine d'urgence, par le biais de conférences de consensus organisées par la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU) validées par l'Anaes et surtout largement diffusées dans les SU, permettra de mieux définir l'orientation des patients.

5.2. Évaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du SU

Il est indéniable que l'hospitalisation des patients depuis les urgences génère d'importantes difficultés. Cette hospitalisation est par définition non programmée et doit s'intégrer dans l'hospitalisation programmée de l'hôpital.

La décision d'hospitalisation ou non a un but médical : fournir au patient l'accès au site adapté au niveau de soin correspondant à ses besoins. Son objectif n'est ni économique, ni la satisfaction du patient, ni ses désirs ou ceux de son médecin traitant et de son entourage. L'évaluation de la pertinence d'une hospitalisation à partir du SU présente plusieurs intérêts. D'une part, pour la collectivité, elle permet une meilleure maîtrise des dépenses de santé et une meilleure utilisation des lits d'hospitalisation. D'autre part, pour le patient, elle permet d'évaluer le bénéfice réel de l'hospitalisation par rapport à un traitement ambulatoire. La pertinence de l'hospitalisation peut être appréciée par l'intermédiaire de l'« *Appropriateness Evaluation Protocol* » (AEP) qui détermine « si les patients présentaient une pathologie ou un symptôme nécessitant des soins ou des investigations urgentes ne pouvant être réalisés que dans une structure de type hospitalisation aiguë » [56]. C'est aux États-Unis, sous des pressions économiques, notamment de la part des assurances privées, qu'est né l'AEP [56]. Cet outil ne s'applique qu'au patient adulte hospitalisé dans un service de médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique. En France, Davido et al. ont proposé une version française de l'AEP [57]. Elle comporte des critères de gravité clinique et des critères liés à la prise en charge (Tableau 2). Le diagnostic n'est pas pris en compte, la présence d'un seul de ces critères définit une hospitalisation appropriée, sauf s'il ne correspond pas à une recommandation de bonne pratique médicale. Plusieurs études, réalisées dans des cohortes de patients hospitalisés à partir des SU, ont montré que le taux d'hospitalisations inappropriées variait de 17,6 à 23 % [57–62]. Les principales causes d'hospitalisations inappropriées sont : les intoxications médicamenteuses (27 %) ; l'hospitalisation pour obtenir un examen complémentaire ou un avis spécialisé impossible à obtenir en urgence (24 %) ; des raisons liées au patient telles que l'observance incertaine du traitement ; l'autonomie insuffisante ; l'insistance du patient ou de son entourage (18 %) ; l'incertitude ou une erreur du médecin de garde (18 %) [58]. Dans une autre étude [63], les motifs étaient l'âge, l'isolement, l'anxiété, la demande familiale, l'heure tardive, l'éthylisme et l'absence de médecin traitant joignable. Dans 80 % des cas, les facteurs d'hospitalisation médicalement inappropriée (HMI) sont indépendants du patient, la dépendance chronique ou l'isolement étant déterminant dans les 20 % restant [63]. Une étude suisse sur les hospitalisations inappropriées dans une unité de médecine interne a montré que l'existence de troubles des fonctions supérieures chez l'époux du patient et l'admission directe sans passage par le SU représentaient des facteurs d'HMI [64]. La possibilité pour le médecin traitant d'hospitaliser directement son

Tableau 2
Version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) (56)

Critères de sévérité clinique

1. Coma, inconscience d'installation récente
2. Pouls < 50/minute ou > 140/minute
3. PAS < 90 ou > 200 mmHg, PAD < 60 ou > 120 mmHg
4. Cécité ou surdité brutale
5. Perte brutale de la motricité d'une partie du corps
6. Fièvre > 39 °C depuis plus de 5 jours
7. Syndrome hémorragique
8. Troubles électrolytiques ou des gaz du sang
– Na < 123 ou > 156 mEq/l
– K < 2,5 ou > 6 mEq/l
– HCO₃ < 20 ou > 36 mEq/l
– Ph < 7,3 ou > 7,45
9. Atteinte brutale des fonctions essentielles (impossibilité de bouger, respirer, uriner, syndrome occlusif)
10. Ischémie aiguë à l'ECG
11. Agitation aiguë
12. Intoxication aiguë (médicaments, alcool, CO...)
13. Traumatologie

Critères liés à la prise en charge

1. Initiale (voie publique)
2. Traitement intraveineux ou remplissage
3. Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures, nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponible dans un hôpital
4. Surveillance des signes vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, rythme cardiaque, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures
5. Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique
6. Traitement dans une unité de soins intensifs
7. Nécessité d'une assistance respiratoire
8. Douleur aiguë récente nécessitant un traitement antalgique de palier III ou ayant résisté à un traitement de palier II

patient dans le service est également une cause d'HMI. Les HMI liées à l'organisation interne de l'hôpital sont la difficulté d'accès aux plateaux techniques, limitant la performance diagnostique du SU et le recueil des critères de décision, et la rigidité de fonctionnement, limitant les possibilités de consultations de spécialistes ou d'hospitalisations programmées. Celles liées à l'environnement de l'hôpital recouvrent l'impossibilité de trouver une alternative de lieu de soin de niveau inférieur à celui d'un hôpital, en particulier pour les personnes âgées, ou d'activer un réseau permettant d'assurer les soins à domicile. Il n'y a pas de facteurs socio-démographiques propres au patient responsables d'HMI tel l'âge élevé, le sexe, l'absence de domicile fixe ou de protection sociale [60,63]. Mais une HMI définie selon les critères de l'AEP ne signifie pas qu'elle soit injustifiée. L'AEP est une évaluation rétrospective de la pertinence de l'hospitalisation, elle ne reflète pas les difficultés rencontrées par le médecin au moment du passage du patient aux urgences.

5.3. Développement d'unités de court séjour et d'urgences

L'hospitalisation dans l'UHTCD peut représenter une alternative à l'hospitalisation traditionnelle pour des patients

qui nécessitent une surveillance courte mais également pour des patients souffrant de pathologies parfois difficiles à rattacher spécifiquement à une spécialité ou pour des patients « dérangement » pour une unité classique : toxicologie, problèmes sociaux, tentative d'autolyse. Le passage dans une UHTCD permet d'améliorer la précision diagnostique [65]. La réduction du taux d'hospitalisation médicalement inappropriée (HMI) peut sans doute être obtenue par une meilleure utilisation et par un recours plus fréquent aux hospitalisations de très courtes durées au sein du SU.

Cependant, malgré l'UHTCD, il peut persister des difficultés pour hospitaliser certains patients. Certains hôpitaux ont mis en place des unités de court séjour d'urgence (UHCSU) [66,67] pour faire face à l'hyperspécialisation des services classiques et à la réduction du nombre de lits. Ces UHCSU ne reçoivent que des patients du SU ou transférés de l'UHTCD. L'équipe médicale est souvent commune avec celle des urgences, les patients y sont hospitalisés tous les jours 24 h/24 sans critères d'exclusion concernant la pathologie ou la typologie du malade. La majorité de ces patients est âgée de plus de 65 ans, ils présentent surtout des problèmes de dépendance et de perte d'autonomie relevant de la gériatrie aiguë. Ce type de structure permet de diminuer l'attente des patients en réduisant le temps de passage au SAU, améliore les filières d'aval (soins de suite, soins à domicile), permet une meilleure orientation des malades et améliore la prise en charge sociale. Au centre hospitalier du Mans, ce service (avec une durée moyenne de séjour de 4 jours) devient même la troisième orientation après le domicile et l'hospitalisation en UHTCD [67]. Cette structure répond donc à la demande de proximité en aval des urgences et s'adapte à la polyvalence du recrutement de ce service (Fig. 2). La réduction du nombre de lits dans les hôpitaux publics a été réalisée au détriment de l'hospitalisation non programmée à partir des urgences et explique pour une grande part les difficultés majeures rencontrées dans les SU. L'objectif n'est pas de créer une nouvelle unité, qui n'est pas nécessairement dépendante des SU, mais de redéployer les lits d'aval afin d'accueillir ces patients. Les internistes et les gériatres pourraient largement s'investir dans ce type d'unités en collaboration avec les urgentistes.

5.4. Développement de filières adaptées à la prise en charge des sujets âgés

Les difficultés d'hospitalisation à partir du SU sont surtout importantes pour les patients âgés et ceux souffrant de pathologies chroniques [68,69]. Ils présentent souvent des problèmes relevant de la polypathologie difficilement adaptés à une spécialité bien définie. Ils sont hospitalisés plus longtemps et sont parfois considérés comme des « bloqueurs de lits » [25]. De plus, le manque de lits disponibles en moyen et long séjour amène à hospitaliser dans les services de médecine des personnes âgées ne souffrant pas de pathologie aiguë.

Les sujets âgés de plus de 75 ans constituent 7 % de la population française [70,71] et représentent 27,8 % des consultants médicaux aux urgences [72]. Leur taux global

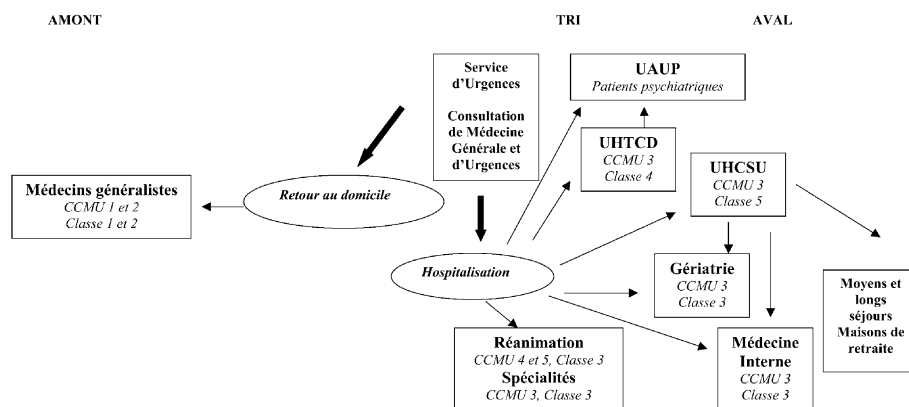


Fig. 2. Schéma d'organisation d'une filière médicale d'hospitalisation adaptée aux urgences. La classification CCMU est définie dans le Tableau 1. Dans cette organisation les patients sont classés en : classe 1, pathologies ne justifiant pas d'hospitalisation ; classe 2, pathologies justifiant une hospitalisation non urgente à programmer (après une consultation spécialisée par exemple) ; classe 3, pathologies ciblées justifiant une prise en charge spécifique immédiate en réanimation, dans un service de médecine interne ou polyvalente, de gériatrie de court séjour ou de spécialités ; classe 4, pathologies ciblées justifiant une hospitalisation inférieure à 48 h ; pathologies spécifiques aux urgences (intoxications médicamenteuses, pathologie liées à l'alcoolisme, etc.) ; classe 5, orientation imprécise ou temporairement impossible (indisponibilité de lits...). Le tri aux urgences devrait permettre de classer les patients et de proposer l'orientation la plus pertinente en fonction de l'état clinique (en utilisant des critères validés et l'*Appropriateness Evaluation Protocol*). UHTCD, unité d'hospitalisation de très courte durée ; UHCSU, unité d'hospitalisation de court séjour et d'urgence ; UAUP, unité d'accueil des urgences psychiatriques.

d'hospitalisation est de 70 à 89,2 %, principalement dans les services de médecine, 61,3 % de ces patients sont orientés vers les services de spécialité et 18,7 % vers les services de gériatrie [72,73]. Ces chiffres sont proches de ceux retrouvés dans d'autres études [74,75]. Le manque de lit en service de gériatrie explique le faible pourcentage d'hospitalisation dans cette structure. Mais l'utilité de l'hospitalisation n'apparaît pas toujours évidente. L'hospitalisation des personnes âgées souffrant d'une perte d'autonomie transitoire dans des services de médecine est souvent inappropriée car elle entraîne des complications inhérentes à l'hospitalisation : iatrogénie, perte d'autonomie, infections nosocomiales, etc. Devant l'importance de cette population fréquentant les urgences, des solutions ont été proposées pour trouver une meilleure réponse que l'hospitalisation en service de médecine [76–78]. Ainsi, une population ciblée de personnes âgées de plus de 70 ans peut être adressée directement du SU dans un service de soins de suite-réadaptation si le diagnostic principal est suffisamment sûr, le traitement initial a été efficace, les exigences thérapeutiques sont limitées, une rééducation psychomotrice et une prise en charge médicosociale sont indiquées [76]. Dans une étude suisse, la mise en place d'une structure d'hébergement temporaire pour les personnes âgées présentant une perte d'autonomie peut être considérée comme une amélioration dans les soins qui leur sont procurés [77]. Cette orientation a été jugée appropriée pour 58 % des patients âgés en moyenne de 82 ans car 4 mois après leur passage ils vivaient à leur domicile sans événement médical nouveau durant cette période [77]. Vingt-sept pour cent des patients résidaient en institution 4 mois après leur passage dans l'unité de court séjour. La mise en place d'un accueil gérontologique médicosocial aux urgences composé d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale pour les patients âgés de plus de 75 ans n'ayant pas de problème médical aigu a permis d'éviter une hospitalisation pour

36,1 % des patients évalués au SU et 54,4 % des patients venant d'une institution pour personnes âgées [78].

6. Proposition d'un nouveau processus d'organisation d'une filière d'hospitalisation adaptée aux urgences

Une meilleure connaissance des populations prises en charge dans les SU permet d'identifier les dysfonctionnements liés à l'hospitalisation. Le développement de l'épidémiologie et de l'évaluation dans les SU est une condition nécessaire à l'étude sociodémographique et médicale de ces populations. Le retard pris par les SU français est lié principalement à l'absence de système d'information performant, fiable et harmonisé. Les différentes études citées dans cette mise au point montrent l'hétérogénéité des résultats et la difficulté de proposer un système organisationnel harmonisé et généralisable.

Le système hospitalier public français a atteint ses limites car il fonctionne de plus en plus en déséquilibre continu. Deux filières s'opposent, l'hospitalisation programmée et l'hospitalisation non programmée à partir des SU. Une approche plus pragmatique des dysfonctionnements permettrait de proposer des actions d'amélioration de la filière d'hospitalisation à partir des urgences. Ces difficultés intéressent surtout les patients admis au SU pour un motif de recours médical. Les pathologies rencontrées dans les SU pourraient être classées en 5 classes : classe 1, pathologies ne justifiant pas d'hospitalisation ; classe 2, pathologies justifiant une hospitalisation non urgente à programmer (après une consultation spécialisée par exemple) ; classe 3, pathologies ciblées justifiant une prise en charge spécifique immédiate dans un service réanimation, de médecine interne, de médecine générale, de gériatrie de court séjour ou de spécialités ; classe 4, pathologies ciblées justifiant une hospitalisa-

tion inférieure à 48 h ; pathologies spécifiques aux urgences (intoxications médicamenteuses, pathologie liées à l'alcoolisme, etc. ; classe 5, orientation imprécise ou temporairement impossible (indisponibilité de lits,...). Il est clair que ces classes devront être définies avec précision et exhaustivité pour choisir l'orientation la plus adaptée pour le patient. Ce travail pourrait être réalisé par un groupe multidisciplinaire d'experts impliqués dans la prise en charge des urgences. La mission de ce groupe serait d'élaborer des critères d'hospitalisation ou de non hospitalisation en s'inspirant de l'*Appropriateness Evaluation Protocol* et des recommandations de bonne pratique clinique. Cette étape est fondamentale car elle constitue à elle seule une action améliorant l'interface entre les urgentistes et les spécialistes d'organe, les procédures de prise en charge étant rédigées en commun. Les dysfonctionnements se situent souvent au niveau de cette interface en raison de l'absence ou de la difficulté de communication.

La réalisation de cette étape permettrait ensuite de proposer un nouveau processus organisationnel intégrant de nombreux partenaires pour construire une filière adaptée à l'hospitalisation des urgences non programmées. Ce processus est présenté dans la Fig. 2.

Cette filière complexe est constituée : du SU où la décision d'hospitalisation ou non sera prise ; l'UHTCD qui peut recevoir des malades de classe 4 et 5 ; l'UHCSU qui recevra plus particulièrement les patients de classe 5 ; les services de médecine ou de spécialités qui recevront essentiellement les patients de classe 3. Les services de médecine interne pourraient jouer un rôle majeur dans cette organisation, à l'interface avec le SU, car ils prennent en charge actuellement la majorité des hospitalisations non programmées en raison de leur compétence polyvalente. De plus, les internistes ont développé depuis plusieurs années des relations privilégiées avec les médecins généralistes qui constituent un maillon important dans ce nouveau processus. En effet, ces derniers prendront en charge les patients de classe 1 et de classe 2 et participent déjà à la coordination des soins et à l'hospitalisation à domicile qui tarde néanmoins à se généraliser. Par ailleurs, l'admission directe dans les services hospitaliers de patients pour lesquels une première approche diagnostique a été réalisée par le médecin généraliste doit être développée. Le plus souvent ce type d'admission dans les services d'urgence n'est pas justifié.

L'interface avec les gériatres est indispensable au bon fonctionnement de cette filière. Ils apportent leur expertise psychogériatrique qui pourrait s'exercer dès l'admission des sujets âgés au SU puis à l'UHTCD et à l'UHCSU. Le concept d'unité mobile et d'accueil gériatrique est à développer avec des relations privilégiées avec le SU.

Ce type de filière doit s'intégrer nécessairement dans une perspective de réseau ville-hôpital permettant la prise en charge adéquate des patients non hospitalisés. Dans une étude visant à évaluer le nombre de patients adressés aux urgences dont l'hospitalisation pourrait être évitée par la mise en place d'un système de soins d'urgence en réseau,

20 % des patients hospitalisés auraient pu bénéficier d'une prise en charge en ville en majorité pour des patients âgés de plus de 65 ans présentant un problème de placement et de perte d'autonomie provisoire [79].

7. Conclusion

Le recrutement aux urgences d'un personnel médical qualifié, l'utilisation de protocoles diagnostiques et thérapeutiques, le recours aux hospitalisations de très courte durée permettraient de réduire le nombre d'hospitalisations conventionnelles, d'améliorer la qualité des soins et la performance médicale. L'organisation d'une filière d'hospitalisation non programmée et adaptée aux urgences doit s'intégrer dans un réseau intrahospitalier. Ce réseau permettrait d'optimiser l'interface entre le service des urgences et les services de spécialité.

Enfin, cette filière devra s'inscrire dans une perspective de réseau ville-hôpital permettant une prise en charge adéquate des patients non hospitalisés. Avec ce système de réseau de soins et l'utilisation d'alternative à l'hospitalisation conventionnelle représentée par l'UHTCD et d'UHCSU, le patient serait hospitalisé pour une courte durée, le temps que ce réseau soit activé pour permettre une prise en charge optimale.

Références

- [1] Article L.711–4 du Code de Santé Publique.
- [2] Bleichner G, Manet Ph, Desboudard S. Enquête sur le fonctionnement des services d'accueil et d'urgence de 260 hôpitaux généraux français. *Réan Urg* 1990;6:31–7.
- [3] Manet Ph, Bleichner G, Holzapfel L. Enquête sur les services d'accueil des urgences des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires. *Réan Urg* 1992;1:568–77.
- [4] Circulaire ministérielle n° 60 du 29 janvier 1975.
- [5] Conseil Économique et Social. L'urgence à l'hôpital Avis adopté par le Conseil Économique et Social au cours de la séance du 12 avril sur le rapport de Monsieur Adolphe Steg, 423. *La Revue Hospitalière de France*; 1989. p. 621–9.
- [6] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Les passages aux urgences de 1990 à 1998. Étude et Résultats n° 72 juillet 2000.
- [7] Lestavel Ph, Dufosse F, Bonfils C, Smaiti N, l'ARMUPH. Estimation régionale de l'activité des services d'urgences par le tableau de bord de la SFUM. *Réan Urg* 1999;8:159 (abstract).
- [8] Unger PF. Quels patients doit-on hospitaliser à partir d'un service d'accueil des urgences (SAU) ? *Réan Urg* 1996;5:603–4.
- [9] Maclean SI, Bayley EW, Cole FI, Bernardo L, Lenaghan P, Manton A. The LUNAR project: A description of the population of individuals who seek health care at emergency departments. *J Emerg Nurs* 1999; 25:269–82.
- [10] Simon N. Le généraliste et l'urgence. *Réan Urg* 1997;6:77–8.
- [11] Tempelhof G, Prioret B, Debock B, Ducreux JC. Recrutement d'accueil : analyse à l'aide d'une classification simple. *Rev Prat Med Gen* 1990;5:85–90.
- [12] Prugnard A, Menares J, Passy F, Duval G. Motifs de recours aux urgences : résultats préliminaires d'une enquête. *Réan Urg* 1999;8: 141 (abstract).

- [13] Davido A, Diakite B, Sembach N, Levy A, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B, Lang T. Les consultations non urgentes dans les services d'urgences : importance et signification. *Réan Urg* 1996;5:131 (résumé).
- [14] Gentile S, Ledoray V, Blandiniere D, Antonioti S, Sambuc R. La satisfaction des patients au sortir des services des urgences. *Réan Urg* 1999;8:27–32.
- [15] Grego JC, Sende J, Hayon J, Charestan A, Lejonc JL, Roupie E. Place des médecins généralistes dans le recours aux soins d'un service d'accueil des urgences (S.A.U.). *Réan Urg* 1999;8:159 (résumé).
- [16] Ledoray V, Gerbeaux P, Duriff L, Sambuc R, Jean Ph. Impact d'un SAU sur l'hospitalisation classique en C.H.R. *Réan Urg* 1996;5:137 (résumé).
- [17] Ledoray V, Gerbeaux P, Sambuc R, Jean Ph. Impact d'un SAU sur l'hospitalisation : répartition par spécialités des lits utilisés par les urgences. *Réan Urg* 1997;6:125 (résumé).
- [18] Berthier F, Monneret S, Bourjac M, Baron D, Branger B, Turbide A. Extension du PMSI aux services d'accueil et d'urgence : recherche de facteur à prendre en compte pour moduler leur allocation budgétaire. *Réan Urg* 1999;8:215–23.
- [19] Blettery B, Perrin B. Evolution de l'activité d'un service d'accueil des urgences. Bilan de 10 ans d'activité (de 1987 à 1997) (280 000 patients). *Réan Urg* 1999;8:175 (résumé).
- [20] Carpentier F, Guignier M. Étude de 21122 admissions en Service d'Urgences. *Réan Urg* 1990;6:27–30.
- [21] Ettinger WH, Casani JA, Coon PJ, Muller DC, Piazza Appel K. Patterns of use of the emergency department by elderly patients. *J Gerontol* 1987;6:638–42.
- [22] Unger PF, Stuckelberger A, Michel JP. Orientation des patients âgés à partir du service d'accueil et d'urgence : Hôpital général ou Hôpital gériatrique ? *Réan Urg* 1993;2:273–8.
- [23] Moret L, Brunet JM, Julie V, Delefosse F, Voisin H, Naviaux S, Peyroni S, Revue E. Organisation des SAU : la place de l'infirmière d'accueil et d'orientation. *Réan Urg* 1997;6:142 (résumé).
- [24] Circulaire n° DH.4B/D.G.S. 3 E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.
- [25] Taboulet P, Fontaine JP, Afdjei A, Tran Duc C, Le Gall JR. Triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. *Réan Urg* 1997;6:433–42.
- [26] Menard-Pariseau L. Tri des patients à leur arrivée au service des urgences. *Réan Urg* 1998;7:114–7.
- [27] Commission de Médecine d'Urgence de la Société de Réanimation de Langue Française. Recommandations concernant l'évaluation de l'activité des services d'accueil des urgences (SAU). *Réan Urg* 1994;3:299–306.
- [28] Fourestie V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. *Réan Urg* 1994;3:573–8.
- [29] Berthier F, Andreu M, Bouriac M, Branger B, Turbide A. Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) : coût et charge en soins. *Réan Urg* 1997;6:125 (résumé).
- [30] Rusterholtz T, Pradier C, Potel G, Boyer O, Touze MD, Baron D. Évaluation de l'exactitude diagnostique et du délai thérapeutique dans un service d'urgences médicales. *Réan Urg* 1991;7:199–203.
- [31] Simon N. Fiabilité du diagnostic porté aux urgences. *Réan Urg* 1989;5:444 (résumé).
- [32] Bensousan TA, Dalhab M, Ducastel P, Lamour N, Riad C. Qualité diagnostique aux urgences médicales. *Réan Urg* 1998;7:125 (abstract).
- [33] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. L'activité des Hôpitaux en 1997 et 1998. Étude et Résultats n° 24 juillet 1999.
- [34] Caterino JM, Holliman CJ, Kunselman AR. Underestimation of case severity by emergency department patients: implications for managed care. *Am J Emerg Med* 2000;18:254–6.
- [35] Hotvedt R, Thoner J, Wilschow AW, Forde OH. How urgent are emergency admissions? An evaluation of emergency admissions to general hospitals in a Norwegian country. *Int J Technol Assess Health Care* 1999;15:699–708.
- [36] Circulaire n° 1007 du 29 octobre 1973. Technique hospitalière 1993; 578:45–6.
- [37] Circulaire n° DH.4B/D.G.S. 3 E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.
- [38] Graff L, Zun LS, Leikin J, Gibler B, Weinstock MS, Mathews J, et al. Emergency department observation beds improve patient care: Society for Academic Emergency Medicine debate. *Ann Emerg Med* 1992;21:967–75.
- [39] Roberts R, Graff LG. Economic issues in observation unit medicine. *Emerg Med Clin North Am* 2001;19:19–33.
- [40] Bazarian JJ, Schneider SM, Newman VJ, Chodosh J. Do admitted patients held in the emergency department impact the throughput of treat-and-release patients? *Acad Emerg Med* 1996;3:1113–8.
- [41] Plomion O, Fraisse F, Denance AM, Guarinos A. Étude prospective des indications des hospitalisations dans une UHTCD. *Réan Urg* 1995;4:229 (abstract).
- [42] Bouget J, Carpentier F, Commission d'Évaluation de la SFUM. Unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD). *Réan Urg* 1997;6:119–58.
- [43] Blettery B, Viot C, Andre F, Bedenne E, Tavernier C, Lacroix S, et al. Une unité d'hospitalisation des urgences pour quoi faire ? *Réan Urg* 1987;3:165–9.
- [44] Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997;336:243–50.
- [45] Le Conte P, Touze M. D, Baron D. Définition et classification clinique des pyélonéphrites aiguës de l'adulte dans le SU *Réan Urg* 1998;7: 115–20.
- [46] International Consensus Report on diagnosis and treatment of asthma. *Eur Respir J* 1992;2:601–41.
- [47] Salmeron S, Ellrodt A, Jagot JJ, Duroux P, Caquet R. L'asthme aux urgences. *Réan Urg* 1994;3:95–101.
- [48] Levine M, Gent M, Hirsch J, Leclerc J, Anderson D, Weitz J, et al. A comparison of a low-molecular-weight heparin administered primarily at home with unfractionated heparin administered in the hospital for proximal deep-vein thromboses. *N Engl J Med* 1996;334:677–81.
- [49] Koopman MM, Prandoni P, Piovella F, Ockelford PA, Brandjes DP, Van Der Meer J, et al. Treatment of venous thromboses with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home. *N Engl J Med* 1996;334:682–7.
- [50] Mc Carthy BD, Beshansky JR, D'agostino RB, Selker HP. Missed diagnoses of acute myocardial infarction in the emergency department: results from a multicenter study. *Ann Emerg Med* 1993; 22:579–82.
- [51] Lee TH, Juarez G, Cook EF, Weisberg MC, Rouan GW, Brand DA, et al. Ruling out acute myocardial infarction. A prospective multicenter validation of a 12-hour strategy for patients at low risk. *N Engl J Med* 1991;324:1239–46.
- [52] Gaspoz JM, Lee TH, Weinstein MC, Cook EF, Goldman P, Komaroff AL, Goldman L. Cost-effectiveness of a new short-stay unit to "rule-out" acute myocardial infarction in low risk patients. *J Am Coll Cardiol* 1994;24:1249–59.
- [53] Bellou A, Manel J, Laroui F, Hannebe B, Peton P, Maignan M, et al. Taking care of patients admitted for "dizziness". Aptness of the first diagnosis. *Eur J Emerg Med* 1998;5:95–6 (résumé).
- [54] Bellou A, Laroui F, Manel J, Maignan M, Peton P, De Korwin JD, et al. Facteurs d'hospitalisation des patients admis pour « malaise » au service d'accueil des urgences (SAU). Analyse multivariée de 449 observations. *JEUR* 2000;13:A60 (résumé).

- [55] Bellou A, Laroui F, Manel J, Maignan M, Peton P, de Korwin JD, Lambert H. Approche diagnostique des « malaises » cardiaques et neurologiques comparée aux malaises vagues. Analyse d'une série de 449 observations dans un service d'accueil des urgences. *Rev Med Interne* 1999;48S (résumé).
- [56] Davido A, Lang T, Levy A, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Les admissions médicalement appropriées aux urgences. *Rev SAMU* 1992;6:317–20.
- [57] Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. *Qual Assur Health Care* 1991;3:227–34.
- [58] Duteil M, Le Chevalier B, Le Coutour X, Potier JC, Bazin C. Évaluation de la pertinence des hospitalisations demandées aux urgences médicales. *Réan Urg* 1995;4:111 (résumé).
- [59] De Guio G, Argentin P, Dietz F, Kuss JJ. Évaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du service d'accueil des urgences. *Réan Urg* 1995;4:112 (résumé).
- [60] Ellrodt A, Snoey E, Logerot-Lebrun H, Moretti F, Meyer L. Évaluation de la pertinence des admissions aux urgences de 2 hôpitaux universitaires. *Réan Urg* 1995;4:112 (résumé).
- [61] Lang T, Davido A, Logerot H, Meyer L. Appropriateness of admissions: the French experience. *Int J Qual Health Care* 1995;7: 233–8.
- [62] Coast J, Inglis A, Morgan K, Gray S, Kammerling M, Frankel S. The hospital admissions study in England: are there alternatives to emergency hospital admission? *J Epidemiol Community Health* 1995;49: 194–9.
- [63] Renoux F, Jacob X, Cannamela A, Ducreux JC. Pertinence des hospitalisations à l'accueil des urgences. *Réan Urg* 1999;8:142 (résumé).
- [64] Perneger TV, Chopard P, Sarasin FP, Gaspoz JM, Lovis C, Unger PF, et al. Risk factors for a medically inappropriate admission to a Department of Internal Medicine. *Arch Intern Med* 1997;14: 1495–500.
- [65] Bertrand F, Rastel E, Baudouy M. Comparaison des diagnostics portés à l'admission, au service porte et au terme de l'hospitalisation en médecine chez 626 patients. *Sem Hôp Paris* 1989;65:2099–101.
- [66] Bourrier Ph, Le Queau A, Closs-Prophette F, Prunier F. Bilan de fonctionnement d'une unité de médecine générale (UMG) intégrée à un service d'accueil des urgences (SAU). *Réan Urg* 1997;6:121 (résumé).
- [67] Nizard J, Potel G, Peneau V, Le Conte P, Touze MD, Baron D. Création d'une unité de médecine générale (UMG) en aval de l'urgence en CHU : évaluation pragmatique sur 190 patients. *Réan Urg* 1997;6:121 (résumé).
- [68] Borsali N, Kef M, Hachicha Y, Jerbi Z. Analyse de l'activité d'un service d'urgence. *Réan Urg* 1999;8:175 (résumé).
- [69] Houghton A, Hopkins A. Acute medical admissions: results of a national audit. *J R Coll Physicians Lond*, 30. 1996. p. 551–9.
- [70] Daguet F. Le bilan démographique du siècle. Données sociales 1996. La société française. Paris: INSEE; 1996. p. 12–21.
- [71] Pous J. Personnes âgées. Démographie, aides économiques et sociales, institutions sanitaires et sociales. *Rev Prat* 1994;44:267–70.
- [72] Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service d'admissions et urgences d'un grand hôpital. *Santé Publique* 1999;11:465–82.
- [73] Bellou A, Zerrouali R, Manel J, Maignan M, Peton P, De Korwin JD, et al. Devenir des patients âgés de plus de 60 ans après passage au service d'accueil des urgences. *Rev Med Interne* 1998;19:57 S (résumé).
- [74] Poupet JY, Ingrand P, Prader C, Thomas P, Bonneau-Lussier MD, Merlet I. Les personnes âgées adressées aux urgences : caractéristiques médicosociales, motifs d'admissions et orientation initiale. *Rev Geriatrie* 1995;20:465–70.
- [75] Girardot F, Grosshams C, Peter B, Bouderon TD. L'admission des personnes âgées aux urgences médicales d'un hôpital général. *Rev Geriatrie* 1996;21:97–106.
- [76] Nizard J, Potel G, Dubois C, Touze MD, Baron D. Transfert direct de patients âgés de plus de 70 ans d'un Service d'Accueil et d'Urgence Médicale vers un service de Soins de Suite et de Réadaptation. Définition des conditions de transfert. *Rev Gériatrie* 1996;21:601–8.
- [77] Rey-Bellet P, David S, Gaille G, Yersin B. Hébergement médicosocial temporaire : alternative à l'hospitalisation classique ? *Médecine Sociale et Préventive* 1997;42:11–20.
- [78] Gentric A, Duquesne F, Graziana A, Sivy H, Duges F, Garo B, Boles JM. L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine? *Rev Méd Interne* 1998;19:85–90.
- [79] Lagarde C, Brasseur P, Briere A, Andant C, Brun P. Le système de soins en réseau : une alternative à l'hospitalisation ? *JEUR* 2000;13: A41 (résumé).